

医療科学社の書籍案内



症例からみた
胃X線読影法

上巻 良性病変

A4判並製 / 280頁 / 定価 (本体8,500円 + 税)
ISBN4-86003-330-2

中村 信美・著
阪本胃腸・外科クリニック/胃・大腸撮影技術研究会(銀杏会)

症例からみた
胃X線読影法

下巻 良性・悪性病変

A4判並製 / 275頁 / 定価 (本体8,500円 + 税)
ISBN4-86003-331-0



X線画像の新たな飛躍の時代を迎え、読影の分野でも診療放射線技師の時代が到来。胃X線写真の像から癌組織型別のX線的相違を解析したいという著者畢生の目標をもとに、30年間にわたるX線写真を示し、日常遭遇する242症例を詳細に解説。

初心者から上級者まで必携の読影法の実際を集大成。

症例 46 42歳, 男性



fig. 132 胃臥位正面二重造影像



fig. 133 胃臥位正面二重造影像



fig. 134 胃臥位正面二重造影像

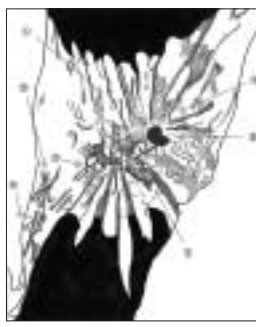


図63 fig. 132のシエマ

上巻 良性病変

症例からみた胃X線読影法

Fig. 132, 133は空気中等量, Fig. 134は空気過伸展気味の胃臥位正面二重造影像である。図63はFig. 132の胃臥位正面二重造影像のシエマである。

本例のポイントは胃体部後壁の広範囲に生じた潰瘍, 多発性潰瘍病変であり, 萎縮性胃炎, 萎縮粘膜, 腸上皮化生粘膜, 慢性性胃炎と分化型の a病変および未分化型の c病変との鑑別である。

粘膜ひだ集中部位は体上部後壁小弯寄り(図63矢印), 体中部後壁小弯寄り(図63矢印), 体中部後壁中央(図63矢印), 体中部後壁大弯寄り(図63矢印), 体下部後壁小弯寄り(図63矢印)の約5カ所である。体中部後壁やや大弯寄りに卵形陰影のバリウム陰影(図63矢印)が認められる。卵形陰影のニッシェの境界は平滑であり, 面(底部)は無構造模様である。辺縁は立ち上りの緩やかな軽度の炎症性浮腫性肥厚が認められる。粘膜ひだ集中は1カ所を除いて, 先端部および粘膜ひだ間の線状陰影にも不規則な形の所見は認められない。

問題となる粘膜ひだ集中は体中部後壁中央の先端部に小顆粒, 顆粒像を伴う集中像である。粘膜ひだ集中を伴う小顆粒, 顆粒像の口側に規則的な形の顆粒, 顆粒像が数個認められ, 不規則な形の面(領域)を呈している。不規則な形の面(領域)の境界は不明瞭であり, 面(領域)は小顆粒, 顆粒像の上皮模様(上皮成分)が認められる。辺縁に隆起変化所見は認められない。萎縮粘膜と鑑別する。

小顆粒, 顆粒像の肛門側大弯寄りに小顆粒, 顆粒像が集合して大きさ約1cmの a病変様変化所見(図63矢印)が認められる。この変化所見は粘膜ひだ間に小顆粒, 顆粒像が集積性に現れた陰影である。しかし, 個々の小顆粒, 顆粒像の規則的な形からは再生顆粒と周囲粘膜(背景粘膜)および腸境界領域の小顆粒, 顆粒像の集合したと考えられる。その口側小弯寄りに淡い不規則な形のバリウム陰影が認められる(c病変様)。

空気過伸展気味のX線写真(Fig. 134)では未分化型の c病変様形態を呈している。大きさが約1cmの淡い不規則な形のバリウム陰影内に小顆粒像が認められる。この不規則な形のバリウム陰影を未分化型の c病変と鑑別するには理論的にいくつかの不一致が認められる¹⁾¹⁾²⁾³⁾。

- (1) 未分化型の c病変の境界は縞状が直線的(明瞭で荒々しい)である。
- (2) 陥凹面(底部)に大小不揃いな小顆粒, 顆粒状陰影が認められる。
- (3) 陥凹の辺縁は反応性の軽度の隆起像(はじき像)が認められる。
- (4) 粘膜ひだ集中の先端部に中断, 先細り, ヤセなどが認められる。

本病変の境界は短い線状であり, 陥凹面(底部)は小顆粒像が数個認められる。陥凹の辺縁は小弯寄りに1個の顆粒像と小顆粒像が数個認められるが, 緩やかな隆起変化所見は認められない。これらの所見から未分化型の c病変は否定する。局所的な帯状病変と萎縮粘膜との鑑別が難しいが, 前者と鑑別する。病変の局在部位は腸境界領域と推定される。

これらの所見から, 潰瘍+多発性潰瘍病変(局所的な帯状病変も含む)と鑑別した。ただし, MALTリンパ腫の可能性は否定できない。

胃体部に生じた多発性潰瘍病変と

c病変との鑑別¹⁾¹⁾²⁾³⁾

胃体部に多発する円形病変もX線的にはひだ集中を伴った c病変のみえることがある。この多発性潰瘍病変の好発部位は, 組織学的には胃底腺と幽門腺の腸境界領域である。また, これらの多発性潰瘍病変では, 周囲粘膜(背景粘膜)との間にわずかな陥凹境界が認められる場合もある。こうなると良悪性の鑑別は難しい。しかし, 多発性潰瘍病変は円形病変の集合であるから, それぞれの円形病変を分析することによって, c病変との鑑別が可能となる。もちろん, 多発性潰瘍病変に類似した b病変もまれにある。これらの鑑別はきわめて困難であるということはいうまでもない。

ひだ集中を伴う c型早期胃癌の要点をまとめると以下のようになる。

- (1) 病変部が周囲の正常粘膜よりも陥凹し, 周囲粘膜(背景粘膜)との間に境界がある(陥凹境界)。
- (2) 陥凹部には上皮模様(上皮成分)がある(陥凹面)。
- (3) 粘膜集中あるいはひだ集中の先端が, 陥凹境界部で中断する(ひだ所見)。

序(抜粋)

中村信美君との付き合いは20年ほどになる。彼はX線検査の中でも胃X線検査が何よりも好きである。好きでなくては一流にはなれまい。(略)次のような話をしたことを覚えている。撮影された写真の善し悪しは切除胃の肉眼所見が読みとれるかどうかで決まるので, 病変がどのような組織学的な所見で成り立っているかを読影できるようにしておいた方がよいのではないかと, そうすることにより複雑で多様に見える胃癌のX線所見や肉眼所見にもいくつかのパターンにわけることができるように。この何でもない会話が, 彼の消化管X線検査への新たな思いに火をつけたのであろう。その後, 彼は一例一例の画像から得られる所見を大切に, ある程度の症例数が集まると, 自分なりの検査や読影の考え方を小冊子にまとめ, 検査や読影に関する自分なりの考え方を展開し, 主張してきた。日常の業務をこなしながらまとめるのであるから, 強い意志がなければできないことである。(略)

本書の特徴は, 日常に遭遇する症例が豊富な点である。症例の解説では自分の考え方や疑問を正直に述べている。もし, 本書に肉眼所見や組織所見と対比した症例がもう少し多ければ, 読者はもっとわかりやすかったであろう。しかし, 第一線にある医療施設でも切除標本の写真や病理組織の写真などを入手すること自体が難しい状況にある。大学病院や専門病院の医師がもっと協力してくれればよいのだが, この悪い体質は変わりようもなさそうである。このような厳しい状況の中で書き上げたことは称賛にあたいしよう。

早期胃癌検診協会 馬場 保昌

症例からみた胃X線読影法

症例 184 67歳, 男性

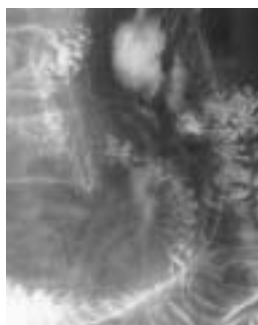


fig. 570 背臥位正面二重造影像



図 228 fig. 570 のシエマ

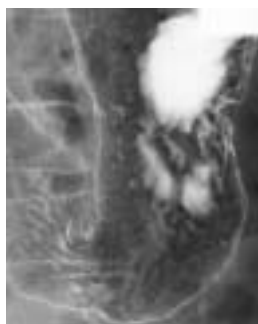


fig. 571 背臥位正面二重造影像



fig. 572 背臥位軽度第1斜位二重造影像

112

下巻 良性・悪性病変



fig. 573 背臥位軽度第1斜位二重造影像



fig. 574 立位圧迫像

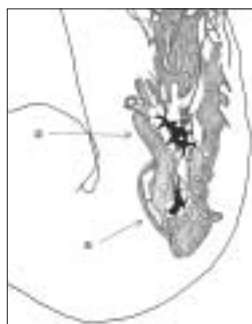


図 229 fig. 572 のシエマ

Fig. 570 は空気中等量の背臥位正面二重造影像である（他院のルーチン検査）。図 228 は Fig. 570 の背臥位正面二重造影像のシエマである。

体下部後壁中央から体下部肛門側後壁中央に不規則な形のバリウム陰影（図 228 矢印）および不規則な形のバリウム陰影（図 228 矢印）が認められる。不規則な形の陥凹の境界はほぼ全周にトゲトゲした棘状陰影が認められるが、大部分は平滑である。陥凹の辺縁は小顆粒、顆粒、輪状などの隆起像（はじき像）が認められる。

不規則な形の小陥凹（図 228 矢印）の境界は比較的に明瞭であり、陥凹（底部）は微細の小顆粒像が数個認められる。陥凹の辺縁は軽度な輪状の隆起像（はじき像）が認められる。

Fig. 571 は空気中等量、Fig. 572、573 は空気過伸展気味の背臥位正面、背臥位軽度第1斜位二重造影像である。Fig. 574 は立位圧迫像である（精密検査）。図 229 は Fig. 572 の背臥位軽度第1斜位二重造影像のシエマである。ルーチン検査から約1カ月後のX線写真である。体下部後壁中央から体下部肛門側後壁中央に不規則な形

113

自序（抜粋）

ルーチン検査症例を中心に精密検査症例を加え、読影を行うにあたり、以下のことを心掛けてみた。

×線写真でどの陰影斑（所見）が正常で、どの陰影斑が異常な所見か否か、その根拠（理論的）を知りたいと思うような例。

読影を手順（順序）どおり行ったのに、満足する結果が得られず、不満の残るような例。異常な陰影斑が多くてどの陰影斑から読影すればよいのか難しい例。

大部分の所見は良性と読影できるのだが、少数の変化所見の読影が難しい例、逆に大部分の所見は悪性と読影できるのだが、少数の変化所見の読影が難しい例。

ルーチン×線検査写真と精密×線検査写真との胃癌病変描出の形態的な“かけ離れ”が大きい例。

内視鏡的な癌局在部位と×線写真の癌局在部位が異なる例、また、内視鏡所見と×線所見が形態的に“かけ離れ”が大きい例。

症例ごとにどのような手順（順序）で読影すると比較的正確な読影ができるか否か、また、どのような手順（順序）で行えば見落としの少ない読影ができるか否か。

読影の難しい症例を検討する場合、病変の局在部位、すなわち、胃底腺領域と幽門腺領域の腺境界領域に生じた多発性の潰瘍性病変であるか否か識別が必要とされる例。

腺境界領域に多発性の潰瘍性病変が生じた場合、その周囲粘膜（背景粘膜）の特徴的な所見を解析することが必要とされる例、またその領域に生じる事象を分析することで読影の難易度が異なる例。

読影は撮影された×線写真の質によるため、質を向上させるにはどのように撮影すればよいか否か、ルーチン・精密×線検査写真で問題点を思考した。

上記したことは、筆者が現在でも悩みながら試行錯誤している事柄である。 中村 信美

「胃×線撮影法」シリーズ3部作

病変の肉眼所見を忠実にあらわすX線写真への限りなき追究 !!

著者：中村 信美（阪本胃腸・外科クリニック / 胃・大腸撮影技術研究会）

発売元：医療科学社

胃×線検査に携わる初学者必須の基礎と応用を解説する撮影法入門編

胃×線撮影法

初めて胃の撮影をされる方の為に

A4判上製 / 132頁 / 定価（本体5,800円十税） ISBN4-86003-811-8（1987年10月20日発行）

市川 平三郎（国立がんセンター中央病院名誉院長）評（抜粋）

本書の著者中村信美氏は、撮影技術の修得に貪欲なばかりの熱心さを示し、医師の研究会にも可能な限り出席して知識を吸収するばかりでなく、彼の技術を慕って集る若い多くの技師を指導しているベテランである。

本書は彼が永年に亘って蓄積してきた知識をメモ風にして世に問うたもので、理論のみに走らず、検査の実地で苦闘したもののみが言える微妙な経験が随所にちりばめられている。特に圧巻は胃の形状を立体的に把握するために画いた線画で、これは診断する医師は勿論のこと、撮影する技師が常に念頭において置かなくてはならない基本的な要点であろう。

『胃×線撮影法』の症例をもとに、読影のポイントを詳述する読影法入門編

改訂版 胃×線撮影法 - II

初めて胃の症例検討をされる方の為に

A4判上製 / 160頁 / 定価（本体6,320円十税） ISBN4-86003-812-6（1993年9月20日発行）

早期胃癌の偽陽性例・偽陰性例のX線所見105症例を検討する読影法実践編

胃×線撮影法 - III

初めて早期胃癌類似症例を検討される方の為に

A4判上製 / 230頁 / 定価（本体9,710円十税） ISBN4-86003-813-4（1993年2月20日発行）

馬場 保昌（早期胃癌検診協会）評

胃×線検査、特に早期胃癌の発見に執念を燃やすベテラン技師、中村信美の著書である。胃疾患に対する良悪性判定の難しさに痛感し、日常の仕事の中で経験した症例を優れた撮影テクニックで見事に表し、しかも読影に挑戦している。

反省と問題点では、己れの撮影技術と読影力を厳しく批判する誠実な人柄、さらに飛躍しようとする情熱が伝わって来る。医師でもこれだけ理論的に読影しようとする人はいないであろう。

医療科学社

〒113-0033 東京都文京区本郷 3丁目 23-1
TEL 03-3818-9821 FAX 03-3818-9371 郵便振替 00170-7-656570
ホームページ <http://www.iryokagaku.co.jp>

本の内容はホームページでご覧いただけます

本書のお求めは ちよりの書店にお申し込み下さい。
弊社へ直接お申し込みの場合は、電話、FAX、ハガキ、
ホームページの注文欄でお受けします（送料300円）